

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

N° 67

ANNÉE 1921-1922

LA CONDUITE A TENIR
DANS LA GROSSESSE A TERME
COMPLIQUEE DE FIBROME PRÆVIA

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1921.

par

Paul-Jean-Joseph L'HÉLIAS

Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

né le 19 Juin 1892 à Pommerit-Jaudy, (Côtes-du-Nord)

—•—

Examineurs de la Thèse

MM. BÉGOUIN, professeur.	Président
LAGRANGE, professeur.	Juges.
CABANNES, agrégé.	
PAPIN, agrégé.	

Le candidat répondra aux diverses questions qui lui seront faites sur
l'enseignement médical

BORDEAUX, PARIS
IMPRIMERIE A. OLIVEAU JEUNE
Rue des Piliers-de-Tutelle

1921

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

N° 67

ANNÉE 1921-1922

LA CONDUITE A TENIR
DANS LA GROSSESSE A TERME
COMPLIQUEE DE FIBROME PRÆVIA

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et Soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1921.

par

Paul-Jean-Joseph L'HÉLIAS

Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre

né le 19 Juin 1892 à Pommerit-Jaudy, (Côtes-du-Nord)



Examineurs de la Thèse

M. BÉGOUIN, professeur	Président
LAGRANGE, professeur	Juges.
CABANNES, agrégé	
PAPIN, agrégé	

Le candidat répondra aux diverses questions qui lui seront faites sur
l'enseignement médical

BORDEAUX, PARIS
IMPRIMERIE A. OLIVEAU JEUNE
Rue des Piliers-de-Tutelle

1921

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.
	CASSAET.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.
	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.
Cliniq. d'accouchements.	RIVIERE.
Anatomie pathologique..	SABRAZES.
Anatomie générale et histologie	PICQUÉ.
Physiologie	G. DUBREUILH.
Hygiène	PACHON.
Médecine légale.....	AUCHE.
Physique biolog. et Clinique d'électric. médic.	VERGER.
Chimie	BERGONIE.
Botanique et matière médicale	CHELLE.
Pharmacie	BEILLE.
	DUPOUY.
	Zoologie et parasitolog.
	Médecine expérimentale
	Cliniq. ophtalmologique.
	Clinique chirurgicale infantile orthopédie...
	Clinique gynécologique..
	Clinique médicale des maladies des enfants.
	Chimie biologique.....
	Physique pharmaceutiq.
	Pathologie exotique....
	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..
	Clinique des maladies des voies urinaires...
	Clinique psychiatrique.
	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
	Toxicologie
	M. PRINCETEAU.
	MANDOUL.
	FERRE.
	LAGRANGE.
	DENUCE.
	BEGOUIN.
	MOUSSOUS.
	DENIGES.
	SIGALAS.
	LE DANTEC.
	W. DUBREUILH.
	POUSSON.
	ABADIE.
	MOURE.
	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatom. et embryologie.	N... N...
Histologie	LACOSTE (chargé)
Physiologie	DELAUNAY.
Parasitologie et sciences naturelles	N...
Physiq. biolog. et médic.	RECHOU.
Chimie biolog. et médic.	N...
Anatomie pathologique..	MURATET.
	PETGES.
Médecine générale.....	CARLES (J.).
	MAURIAC.
	LEURET.
	Médecine générale.....
	DUPERIE.
	CREYX.
	N...
	Maladies mentales....
	PERRENS.
	Médecine légale.....
	LANDE.
	GUYOT.
	ROCHER.
	DUVERGEY.
	PAPIN.
	PERY.
	Obstétrique
	FAUGERE.
	Ophtalmologie
	TEULIERES.
	Pharmacie
	LABAT.
	N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie....	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharmac.	LABAT.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	GUYOT.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes..	ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Gage de mon affection et de ma gratitude.

MEIS ET AMICIS

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES DU 39^e R. I.
TOMBES AU CHAMP D'HONNEUR
ET DE MES CAMARADES DE L'ARMEE D'ORIENT
TOMBES A FLORINA, MONASTIR, NIZOPOLE

l'hommage de mon souvenir pieusement fidèle.

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIBIERGE
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR CASSAET
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MÉDECIN DES HOPITAUX
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT
MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES COLONIES
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE DOCTEUR BEGOUIN
PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Au Maître dont nous avons goûté la
précision et la remarquable clarté des
leçons cliniques.

A l'opérateur brillant dont nous avons
admiré la rigueur de la technique, la sû-
reté de la méthode et l'élégance de
l'exécution.

La Conduite à Tenir
dans
La Grossesse à Terme
Complicquée de fibrome prævia

AVANT-PROPOS

Nous ne serions pas Breton si la mer n'avait dès notre jeune âge exercé sur nous sa magique attirance; et déjà lorsque, frais émoulu du lycée, nous flânions sous les arbres du cours Dajot, c'était elle qui avait tous nos yeux et toutes nos pensées. Que de fois nous avons contemplé cette belle rade de Brest quand le soleil disparaissant entre les pointes du goulet, jetait ses derniers feux sur les croiseurs et les cuirassés endormis derrière la digue!

Accoudé au mur de granit qui surplombe le port, nous avons souvent rêvé d'embarquer un jour sur l'un de ces vaisseaux pour de lointains voyages vers des horizons et des continents nouveaux. Et parfois la nuit nous surprenait là, tandis que les feux de tous

les navires s'allumaient dans l'ombre et qu'à nos oreilles chantaient les vers de J.-M. de Hérédia

Chaque nuit rêvant de lendemains épiques
L'azur phosphorescent de la mer des tropiques
Enchantait leur sommeil d'un mirage doré.

Ou penchés à l'avant des blanches caravelles
Ils regardaient monter en un ciel ignoré
Du fond de l'Océan des étoiles nouvelles.

..... *C'était le temps où la marine naviguait !*

Et nous entrâmes à l'Ecole annexe de Brest plein d'illusions, animé de la ferveur des néophytes !

Notre deuxième année de médecine s'achevait lorsque retentirent, balayant nos rêves et nos espérances, les premiers fracas du gigantesque conflit déchaîné par l'Allemagne sur l'Europe.

Le 1^{er} août 1914 les murs se couvraient d'affiches blanches affirmant que la France ne pouvait pas mourir; que son rôle par le monde n'était pas fini, et qu'elle acceptait de mener jusqu'à la victoire cette lutte dont dépendait son existence et sa liberté. Ce fut la mobilisation. Nous partîmes comme presque tous les élèves de l'Ecole, soulevé par un enthousiasme irrésistible, gagné par la foi ardente des premières troupes qui s'embarquaient aux accents de la Marseillaise, au milieu des fleurs, des acclamations frénétiques et des larmes silencieuses des mères et des épouses.

Puis le sort nous dispersa. La Marine, dont nous étions les élèves, nous laissa suivre nos classes. Peu après elle appelait pour faire face à ses besoins, des camarades très heureux de trouver sous son aile, le moyen de se conserver alertes et dispos pour les luttes futures.

Nous étions alors loin de les envier; nous sommes aujourd'hui tentés de les remercier, car nous gardons au fond du cœur l'empreinte ineffaçable des années vécues au front, partageant les dangers et les souffrances de l'humble et glorieux fantassin, communiant aux sombres tristesses des jours de deuil et vibrant d'allégresse aux heures magnifiques où s'annonçait enfin la victoire.

Depuis; trois ans déjà sont passés. Nous parvenons aujourd'hui au terme officiel de nos études médicales. Avant de quitter cette Faculté, que nos Maîtres nous laissent leur exprimer notre gratitude. Ils ont compris que notre génération qui avait dû désertier l'amphithéâtre et l'hôpital pour un devoir sacré, demandait une éducation clinique nouvelle et totale. Avec une patience admirable ils se sont appliqués à rebâtir l'œuvre à peine ébauchée cinq ans plus tôt. puis à faire naître en à développer notre esprit d'observation. Ils nous ont fait profiter de leur expérience et de leur science; et nous sommes heureux de remercier particulièrement MM. les Professeurs Cassaët, Villar, Lagrange, Sabrazès, Rivière et Moure, et MM. les Professeurs agrégés Papin, Creyx, Petges, Carles et Rocher, dont nous avons suivi l'enseignement avec intérêt et, nous l'osons dire, avec profit.

Enfin notre reconnaissance s'adresse au Maître éminent qui a bien voulu nous inspirer cette thèse et nous faire l'honneur de la présider : Monsieur le Professeur Bégouin. Il nous a accueilli dans son service de clinique gynécologique avec la plus grande bienveillance et nous a témoigné le plus vif intérêt. Qu'il reçoive ici nos remerciements.

Nous ne voulons pas terminer ces pages sans prier notre ami, le Docteur Boursier, chef de clinique obstétricale à la Faculté, qui a facilité nos recherches pour l'élaboration de ce travail, de trouver ici l'expression de notre gratitude.



INTRODUCTION



Rien n'est plus fréquent que de voir des fibromes utérins plus ou moins volumineux, plus ou moins nombreux, ne gêner en aucune façon la marche et le développement de la gestation. La statistique relatée par Pinard est à ce point de vue très éloquentes : du 1^{er} janvier 1895 au 1^{er} janvier 1901, sur 13.915 accouchements, 84 grossesses compliquées de fibromes furent observées à Baudeloque; 66 évoluèrent jusqu'à terme ou très près du terme, 13 se terminèrent par accouchement prématuré, 5 par avortement; 4 fois seulement l'intervention fut jugée nécessaire au cours de la grossesse. Il n'en est pas toujours ainsi.

Bien souvent la coexistence du fibrome et de la grossesse peut devenir le point de départ d'accidents divers d'une gravité variable, qui commandent l'intervention. Ces accidents peuvent se ranger en deux catégories, suivant que l'on envisage les dangers que la tumeur, par sa seule présence, fait courir immédiatement à la mère, ou la répercussion qu'elle peut avoir sur l'évolution de l'œuf et secondairement sur la santé maternelle.

Ces deux catégories d'accidents doivent préoccuper, l'une et l'autre, le praticien. Leur étude et la conduite qu'ils déterminent, ont donné lieu à maintes discussions; mais il nous est apparu qu'un fibrome, en particulier : le fibrome prævia, en raison de son

siège, présentait une importance spéciale au point de vue de l'accouchement. M. le Professeur Bégouin, dont nous avons suivi le service avec un intérêt particulièrement vif, nous a proposé d'examiner les observations publiées à ce sujet et d'en dégager la conduite à tenir au cours de la grosse à terme. Nous offrons donc à l'appréciation bienveillante de nos juges, cette modeste contribution à « la conduite à tenir dans la grossesse à terme compliquée de fibrome prævia ».



CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les fibromes prævia occupent une situation particulièrement gênante pour l'accouchement. Comme leur nom l'indique, ils se trouvent sur la voie du cheminement fœtal, obstruant plus ou moins complètement la filière pelviene. De même que les placentas prævia, ils sont généralement bas situés, insérés sur le segment inférieur de l'utérus ou sur le col lui-même, dans cette région que MM. Lefour et Barnes ont appelée « zone d'implantation dangereuse ». Mais il n'y a pas que les fibromes du segment inférieur qui soient intra-pelviens, et, comme tels, à redouter dans les accouchements. Nous devons compter aussi avec certains fibromes du corps, pédiculés, qui peuvent descendre, s'engager dans l'excavation et causer les mêmes inconvénients que les précédents.

Les fibromes prævia comprennent les trois classes que l'on assigne aux tumeurs fibreuses de l'utérus suivant leur siège par rapport à la paroi du muscle lui-même. Ils peuvent être : *sous-muqueux*, *interstitiels* ou *sous-péritonéaux*.

Les fibromes sous-muqueux et les fibromes sous-péritonéaux sont susceptibles de se pédiculiser. Dans ce cas, les premiers donneront le groupe communément désigné sous le nom de polypes utérins, les seconds seront dits fibromes sous-péritonéaux ou

sous-séreux pédiculés. Enfin, les uns comme les autres, peuvent être implantés par une base plus ou moins large; ils sont dits sessiles.

Les fibromes *prævia* non seulement entravent au même titre que les fibromes abdominaux, l'action des contractions utérines, mais ils apportent encore un obstacle mécanique à la sortie du fœtus. On verra donc survenir des contractions irrégulières, de l'inertie, de la rigidité du col. La rupture prématurée des membranes n'est pas rare et si le fœtus vient à succomber, la femme se trouve exposée à tous les dangers de la septicémie. Les modifications de l'accommodation sont fréquentes et les présentations vicieuses s'observent dans une proportion notable.

Dans la statistique de Lefour, sur 102 cas, on trouve 52 fois le sommet, 33 fois le siège et 17 fois l'épaule.

D'après Tarnier, la présentation du siège, loin de constituer une aggravation de la dystocie, serait au contraire plus favorable au point de vue de l'accouchement que celle du sommet; le coin formé par cette extrémité étant à la fois plus petit et plus malléable que la tête, et pouvant s'engager plus facilement dans la filière pelvienne rétrécie par le fibrome. Comme on le verra d'après les observations suivantes, le diagnostic de fibrome compliquant la grossesse n'est généralement fait, du moins chez les primipares, qu'à une période assez avancée de la gestation. Le plus souvent, les malades ne consultent un médecin qu'à une époque rapprochée du terme, et c'est alors que l'on se rend compte de l'existence d'une dystocie qui jusqu'alors n'avait occasionné aucun trouble. Il nous semble donc que le stade particulièrement intéressant, au point de vue obstétrical ou gynécologique, de l'évolution d'une grossesse compliquée de fibrome, soit le stade où l'on obtienne un enfant vivant, c'est-à-dire à partir du 8^e mois.

En effet, si des accidents graves surviennent dans les premiers six mois de la grossesse; la vie de l'enfant n'entre pas en ligne de compte, la santé de la mère seule est en jeu. C'est en nous basant sur cette double préoccupation, qui est celle du gynécologue comme celle de l'accoucheur : obtenir un enfant vivant, sauvegarder la santé de la mère, que nous envisagerons la conduite

à tenir dans la grossesse compliquée de fibrome prævia. Deux méthodes s'offrent à nous :

1° L'intervention d'emblée dès que le diagnostic de fibrome prævia et de grossesse est porté, et que l'on a la conviction de l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles.

2° La temporisation, l'expectation consistant, avant de tenter une opération, à attendre l'épreuve du travail au cours duquel, nous le savons, le fibrome peut exécuter un mouvement d'ascension et dégager la filière pelvienne où viendra s'engager la présentation.

Nous allons, dans ce travail, étudier les observations qui plaident en faveur de l'une ou l'autre méthode et en tirer les conclusions qui nous paraissent actuellement répondre à la majorité des cas, et constituer pour l'accoucheur et le chirurgien une mise au point de cette question.

*
* *
*

PLAN :

1° Anatomie pathologique des tumeurs fibreuses de l'utérus au cours de la gestation.

2° Observations.

3° Discussion. Signes de l'impossibilité probable de l'accouchement.

4° Valeur de l'épreuve du travail, sa durée.

5° Conclusions.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Evolution du fibrome.

Sous l'influence de la grossesse, les corps fibreux subissent des modifications importantes. En général il se produit un accroissement notable de la tumeur, en même temps qu'un ramollissement dû à une sorte d'infiltration œdémateuse avec production de cavités pseudo-kystiques.

La grossesse passée, le fibrome tend à reprendre lentement son volume et sa consistance d'autrefois. L'augmentation de volume du corps fibreux pendant la grossesse résulte surtout, avons-nous dit, de l'infiltration œdémateuse; on observe parfois cependant une hypertrophie véritable qui, d'après Cornil, porterait sur les fibres musculaires lisses et serait absolument comparable à celle qui intéresse le muscle utérin lui-même.

Pour Doléris il s'agirait surtout d'une hyperplasie des éléments conjonctifs se traduisant par un épaississement des cloisons fibreuses et une lobulation plus nette du fibrome.

Ces modifications sont ordinairement d'autant plus accusée que le fibrome est en rapport plus direct avec l'utérus et que sa struc-

ture se rapproche davantage de celle du muscle lui-même; les fibromes interstitiels présenteront, en conséquence, des modifications plus importantes que les fibromes sous-péritonéaux (Pozzi). On observe aussi, avec une moindre fréquence, des lésions nécrotiques pouvant aboutir à une véritable mortification aseptique du fibrome, à sa transformation kystique et à sa disparition plus ou moins complète après l'accouchement (Kaltenbach).

On a signalé encore la suppuration mortelle (Krukenberg); enfin on a constaté 5 fois sur 100 la dégénérescence sarcomateuse du fibrome (Bégouin).

Ascension ou descente du fibrome.

A côté de ces modifications anatomo-pathologiques des corps fibreux, il convient de mentionner les modifications qui peuvent survenir dans leur situation du fait même de l'augmentation du volume de l'utérus. D'une manière générale les fibromes subissent un mouvement ascensionnel au cours de la grossesse, et il arrive que des fibromes qui étaient et semblaient devoir rester pelviens, franchissent le détroit supérieur et cessent dès lors de constituer un danger sérieux. Le déplacement du fibrome peut aussi se faire par en bas. On l'observe dans les cas où la tumeur est pédiculée avec implantation basse sur le col ou le segment inférieur; la partie fœtale la repousse au-devant d'elle; on voit le fibrome apparaître à la vulve, se dégager en partie, laissant ainsi le passage libre au fœtus. Lorsque celui-ci s'est dégagé on peut voir la tumeur rentrer dans le vagin, ou bien le pédicule se rompt et la femme accouche de son fibrome en même temps que de son enfant.

Le déplacement en haut est beaucoup plus intéressant; on le désigne sous le nom d'ascension, et ce phénomène a été bien mis en lumière par Depaul, Tarnier et Guéniot. Ce mouvement consiste en une élévation de la tumeur qui se porte soit en partie, soit en totalité, au-dessus du détroit supérieur. Il peut se produire déjà pendant la grossesse, mais s'observe surtout au cours du travail..

Depaul et Tarnier expliquent le mécanisme de cette ascension par le raccourcissement des fibres longitudinales de l'utérus pendant la contraction, l'utérus se redresse tout entier verticalement et entraîne le fibrome en haut. Blanc et Demelin ont montré l'influence d'un autre élément : c'est l'allongement que subit le segment inférieur pendant le travail, allongement qui contribue à élever la tumeur.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Résumée) (M. THIERS, de Valence).

Tertipare de 35 ans, qui n'a présentée jusqu'à ce jour ni ménorrhagie ni métrorrhagie. Dernières règles : 18-21 novembre 1917. La malade est vue, pour la première fois, en avril 1918. La grossesse est certaine.

Le toucher révèle une masse fibromateuse dure, du volume des deux poings, occupant toute l'excavation. Une seule conduite à tenir est possible : intervenir chirurgicalement par l'abdomen, à terme, c'est-à-dire vers le 16 août 1918.

En raison de contractions utérines douloureuses, l'intervention est pratiquée un peu plus tôt, le 6 août 1918. Césarienne avec incision transversale du fond utérin, suivie d'une hystérectomie subtotale.

L'enfant pèse 2 kil, 950; il est vivant et vigoureux. Suites opératoires très simples. La malade quitte la clinique le 14^e jour, en excellente santé.

«*Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie de Paris, réunion de Lyon, n° 5, 1920.*»

OBSERVATION II

Grossesse compliquée de fibromes. Hystérectomie

(M. A. GROSSE, de Nantes)

Madame R..., 32 ans, mariée depuis 5 mois, bien réglée jusqu'à son mariage. Devient enceinte peu après son mariage. Dernières règles, 28-31 août 1913. En décembre, la malade éprouve des besoins fréquents et de la difficulté à uriner; des douleurs dans le bas-ventre et le membre inférieur gauche.

On constate par le palper, sur la ligne médiane, l'existence d'un utérus gravide, animé de contractions intermittentes dont le fond atteint à peu près l'ombilic. Dans le flanc droit, implanté sur la corne droite de l'utérus se trouve un fibrome sous-séreux mobile, dur, du volume d'une orange.

Au toucher, on reconnaît que le vagin est presque entièrement rempli par une tumeur très dure, mamelonnée, du volume d'une tête fœtale à terme, enclavée dans le bassin. Cette tumeur est au contact de la paroi gauche du bassin, et par le palper combiné au toucher on se rend compte qu'elle remonte jusqu'au détroit supérieur. Le doigt atteint avec peine le col utérin, réduit à un petit moignon gros comme une noisette, mou, et dont l'orifice externe est évasé en cupule. Il semble que la presque totalité du col soit englobée dans la tumeur.

Au palper on ne perçoit aucune partie fœtale, on n'entend pas les bruits du cœur à l'auscultation. Il n'y a pas d'œdème des jambes. La malade est fréquemment constipée. Il semble difficile que la grossesse puisse évoluer jusqu'à l'époque de la viabilité de l'enfant.

Néanmoins, comme il n'existe aucun signe de compression, qu'il n'y a pas de rétention d'urine, que l'état général est excellent, on décide d'attendre.

Le 6 janvier, la malade qui a beaucoup souffert dans le ventre les jours précédents, et qui présente une très forte constipation, entre d'urgence à la clinique.

Examen le jour même. L'utérus et le fibrome ont beaucoup augmenté de volume depuis 15 jours. Le fibrome sous-séreux trouvé dans le flanc droit remonte sous les fausses côtes; le fibrome pelvien descend presque à la vulve, remplissant tout le petit bassin. Ce fibrome s'est beaucoup ramolli, il présente une consistance œdémateuse, kystique par endroits. L'utérus enfin, dépasse l'ombilic de 3 travers de doigt et s'élève à 25 cm au-dessus du pubis. On ne perçoit ni parties fœtales au palper, ni bruits du cœur à l'auscultation. Devant cet accroissement rapide des deux fibromes, l'enclavement et l'irréductibilité de plus en plus prononcée du fibrome pelvien avec progression en bas, la crainte d'augmentation des douleurs et d'occlusion intestinale progressive; on décide l'intervention immédiate.

Laparotomie le 9 janvier. Hystérectomie sub-totale. Suites opératoires normales.

Examen de la pièce : L'utérus enlevé avec les annexes contenait un fœtus de 3 mois $\frac{1}{2}$ environ, encore vivant au moment de l'ouverture de l'utérus. Le fibrome pédiculé implanté sur la corne droite est du volume du poing, de consistance dure. Le fibrome pelvien présente le volume d'une grosse tête fœtale à terme. C'est un fibrome interstitiel développé aux dépens du segment inférieur et du col.

(*Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie*, mai 1914.)

OBSERVATION III

(M. LAURENTIE)

*Dystocie pour volumineux fibrome prævia. Procidence du cordon.
Hystérectomie.*

Madame C..., 33 ans, primipare. Réglée à 13 ans. Mariée à 20 ans. A 27 ans, au Maroc, paludisme. A 28 ans, paratyphoïde, puis variole. N'a jamais souffert du ventre, ni pendant, ni entre les périodes menstruelles. Dernières règles, 16-20 juillet.

Je vois la malade pour la première fois en avril, un mois avant

le terme de sa grossesse. Mon attention est attirée par une dyspnée qui s'intensifie dans la position couchée.

A l'auscultation, emphysème prononcé, pas d'albumine dans les urines.

A l'examen obstétrical, H. U. : 33 cm; palper difficile. Au détroit supérieur, excavation remplie par une masse de consistance irrégulière qui paraît être un siège; au niveau de la fosse iliaque gauche, une tête; enfin dans la partie droite de l'utérus, les petits membres.

A l'auscultation dans toute la moitié gauche de l'utérus : souffle utérin intensif; à droite on entend les bruits du cœur fœtal. Au toucher, le col est élevé, fortement dévié à gauche; à la partie supérieure de l'excavation et la recouvrant entièrement, une masse irrégulière peu mobile. S'agit-il d'une tumeur prævia ?

Nouvel examen quinze jours plus tard. Au palper, on trouve un fœtus obliquement placé en écharpe (tête dans la fosse iliaque gauche, siège à droite, dos en avant). L'excavation est toujours occupée par une masse de consistance inégale, débordant en haut la symphyse pubienne de trois travers de doigt. Au toucher, col dévié, comprimé à gauche par la masse pelvienne, qui obstrue l'excavation et est immobilisable. On porte le diagnostic de gros fibrome prævia du segment inférieur.

Toutes les manœuvres externes de version échouent; la tête ne bouge pas, et à la moindre pression la malade éprouve de violentes douleurs. On décide d'attendre le début du travail en surveillant les derniers jours de la grossesse, mais en faisant des réserves près de l'entourage.

Premières contractions douloureuses dans la nuit du 10 au 11 mai. Le matin, les douleurs ont cessé; l'après-midi du 11 elles reprennent très faibles. A l'examen, la tumeur paraît un peu plus élevée, le col est toujours dans la même situation.

Le 12 au matin, le fibrome a ascensionné de 3 cm. Auscultation positive. Le col est toujours dévié, comprimé à gauche et a conservé toute sa longueur. La malade sera revue dans l'après-midi vers 4 heures, c'est-à-dire 5 heures plus tard. La sage-femme de garde

près de la malade fait chercher d'urgence le médecin un peu avant quatre heures.

Elle raconte qu'un quart d'heure auparavant, sous l'influence d'efforts de vomissement, il s'est écoulé par la vulve un flot de liquide verdâtre entraînant le cordon qui pend en effet hors du vagin; ses battements sont imperceptibles. A cinq heures, laparotomie médiane. Le segment inférieur de l'utérus est flanqué en avant et sur les côtés d'une très grosse tumeur faisant corps avec sa paroi. L'hystérectomie est pratiquée d'emblée avant la césarienne par crainte d'infecter le champ opératoire, le cordon ayant balayé la région vulvo-anale. L'enfant pèse 3 kilos, il est bien conformé mais en état d'asphyxie bleue complète. Suites normales pour la mère.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, réunion de Toulouse, n° 6, 1920.)

OBSERVATION IV

(MM. VORON, VERGNORY et DURAND)

Primipare, 43 ans. Dernières règles, 11-15 mars 1918. Coexistence de grossesse et de fibrome reconnue dès le 25 août.

Examen ce jour : grossesse de 5 mois environ. Bruits du cœur entendus. Fibrome sous-péritonéal du volume d'une grosse grenade inséré sur la face postérieure de l'isthme, remplissant la moitié de l'excavation, mais paraissant refoulable au-dessus du détroit supérieur.

Le 9 septembre, la tumeur se laisse refouler moins facilement. Le 25, présentation du siège, fibrome saillant à droite et en arrière, ne se laissant pas refouler. Le 9 octobre, col refoulé très en avant et à gauche. On n'atteint pas de présentation. On a l'impression que par le refoulement digital le fibrome remonte de quelques centimètres sans cependant abandonner jamais la partie supérieure de l'excavation.

25 octobre, tête dans la corne gauche, présentation transversale. Le 22 novembre, tête dans le fond utérin. Au toucher, le fibrome est atteint à bout de doigt, dans la moitié supérieure droite de l'excavation. La masse fibromateuse est très peu mobile. Flot net, fœtus petit.

Le 20 décembre, au toucher, excavation vide dans sa moitié supérieure, mais une masse dure remplit la moitié inférieure et paraît interposée entre le doigt et la présentation. H. U. : 36 cm.

En somme, volumineuse tumeur pelvienne adhérente, n'ayant pas subi d'ascension appréciable à la fin de la grossesse, coexistant avec une présentation sans aucune tendance à l'adaptation au détroit supérieur.

23 décembre 1920 : Opération césarienne à terme, en dehors de tout signe de travail. Hystérectomie sub-totale. Enfant vivant de 1.950 gr. Porteur de malformations graves des membres supérieurs: (Deux mains botes avec pouce pédiculé à droite et à gauche, absence du radius.) L'enfant survit 6 jours. Suites normales pour la mère.

Examen des pièces : Très volumineux fibrome sus-segmentaire implanté sur la partie inférieure de la face postérieure de l'utérus par un court pédicule tordu. Tumeur adhérente incompatible avec l'accouchement spontané.

(Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie. Réunion de Lyon, n° 5, 1920.)

OBSERVATION V

(MM. LACOUTURE et FAUGÈRE)

Opération césarienne pour fibrome prævia. Hystérectomie.

Mme X..., 43 ans, II-pare. Première grossesse à 26 ans, normale. Suites de couches bonnes. Enfant vivant. Depuis, règles irrégulières, durant 3 jours.

Deuxième gestation : dernières règles fin février 1920. Pendant la gestation rien de particulier. Début du travail : 8 janvier. Contractions utérines énergiques pendant 48 heures.

Examen obstétrical, 14 janvier. H. U. : 40 cm. Le palper gêné par les contractions utérines ne donne aucun renseignement. Cependant on sent dans la paroi utérine antérieure deux petits fibromes durs et saillants. Au toucher, on trouve une tumeur volumineuse, ramollie, fixée dans l'excavation, peu mobile. Le col difficilement accessible est refoulé derrière la symphyse pubienne et très dévié à gauche. Auscultation fœtale positive.

Diagnostic : Fibrome du segment inférieur fixé dans l'excavation. Voie basse impraticable : césarienne 8 heures après. Avant l'opération l'auscultation fœtale est négative. Césarienne classique. L'enfant est enduit de méconium, le cordon ne bat pas. L'enfant est ranimé péniblement par les tractions de la langue. Poids, 2 kil.500. Hystérectomie sub-totale (Lacouture). Le fibrome du segment inférieur de l'utérus a le volume d'une tête fœtale. Suites opératoires bonnes pour la mère et l'enfant.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*. Réunion de Bordeaux, n^o 3, 1921.)

OBSERVATION VI

(MM. M. RIVIÈRE et BALARD)

Dystocie pour fibrome du segment inférieur. Céphalotripsie.

Femme de 35 ans, primigeste, entrée dans le service le 5 novembre 1919 au cours du travail qui a débuté 48 heures auparavant par la rupture de la poche des eaux.

Antécédents : Réglée à 12 ans, règles régulières, indolores, peu abondantes. Mariée il y a 8 ans, n'a jamais eu de grossesse. Un médecin avait diagnostiqué, il y a quelques années, un fibrome de la partie inférieure droite de l'utérus du volume d'une mandarine.

Grossesse actuelle : Dernières règles 24 au 27 janvier 1919. (Serait donc à terme.) La grossesse a évolué normalement.

Examen, 5 novembre, à midi : Présentation du sommet amorcée au détroit supérieur, en position gauche avec un enfant vivant. Au toucher : col ayant conservé toute sa longueur sans aucune dilatation, tête élevée. (Le toucher intra-cervical permet de constater un épaississement anormal de la muqueuse.) En outre, l'examen du segment inférieur permet d'atteindre à droite une masse en forme de demi-anneau, coincée entre la tête et les parois du bassin. Cette masse est mobile avec l'utérus. Elle ne fait aucun relief intra-utérin et paraît être sous-péritonéale. Il s'agit d'un fibrome du segment inférieur peu ramolli.

Accouchement : Administration de quinine et d'injections vaginales chaudes et répétées pour activer le travail. A 16 heures, la tête

n'appuie pas régulièrement et le col s'infiltre progressivement. A 18 heures, par des massages du bourrelet cervical on obtient la disparition de l'œdème. Les contractions augmentent d'intensité; on constate nettement qu'à chaque contraction la tête plonge de plus en plus dans l'excavation, tandis que le fibrome remonte au-dessus d'elle. Cependant la tête ne parvient jamais à se fixer au-dessous de ce demi-anneau fibreux, la dilatation du col n'étant pas suffisante pour permettre à la tête de progresser au-delà de cette bride. (Rappelons que ce col altéré avec une muqueuse épaissie se dilate très mal.) A 19 heures on constate qu'à chaque contraction les bruits du cœur deviennent de plus en plus sourds et ralentis et irréguliers. A 19 h. 45, abolition complète des bruits du cœur; la dilatation n'est que de 2 fr. A 21 h. 30, à la dilatation de petite palmar; céphalotripsie et extraction facile d'un enfant pesant 3 kil. 200. Délivrance artificielle. On se rend compte que la masse perçue par le toucher était bien un fibrome sous-péritonéal du segment inférieur, côté droit. Suites de couches apyrétiques. Guérison au 15^e jour.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*. Réunion de Bordeaux, n° 2, 1920.)

OBSERVATION VII (Résumée)

(MM. VORON et RHENTER)

Accouchement spontané dans un cas de fibrome prævia

Multipare de 45 ans. Un fibrome prævia du volume d'une mandarine diagnostiqué pendant la grossesse, n'avait, 6 heures après le début du travail, alors que les membranes s'étaient rompues prématurément, esquissé encore aucun mouvement d'ascension. Une heure et demie après l'examen qui avait fourni ces renseignements, l'accouchement s'était terminé spontanément, la dilatation étant passée, dans ce laps de temps, de 3 cm. à la dilatation complète une ascension spontanée du fibrome s'étant opérée. L'enfant très vigoureux pesait 3 kil. 550 et présentait un aplatissement passager du pariétal.

(*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, mars 1921.)

OBSERVATION VII
(Docteur FRUHINSHOLZ)

Fibrome du segment inférieur primitivement pelvien et prævia ayant subi son déplacement ascensionnel au 9^e mois de la gestation.

Mme S..., primipare, 34 ans. Mariée depuis 12 ans. Règles toujours régulières et abondantes, mais douloureuses, surtout avant le mariage. A subi de ce fait et en raison de sa stérilité, deux séances de dilatation il y a trois ans. Dernières règles fin juillet-début août 1909. La grossesse est venue sans incidents.

A 7 mois, je trouve le fœtus en écharpe, la tête occupant la fosse iliaque droite. Le col est très haut situé, dévié vers la droite. L'excavation est plafonnée par une tumeur dure, bosselée, paraissant insérée sur le segment inférieur, grosse comme une orange. Le fœtus n'est pas accessible au toucher. Quelques jours après cet examen, on trouve que la tumeur a une tendance à remonter vers la gauche et la tête fœtale une tendance à pointer vers l'excavation. On favorise cette tendance par l'application d'une ceinture entocique de Pinard dont on gonfle surtout le coussinet gauche. Au bout de quelques jours on constate que la tête tend de plus en plus à se substituer à la tumeur. Toutefois cette précession ne se maintient pas.

A différentes reprises, un chassé-croisé s'établit entre la tête et la tumeur; le fœtus se remet en présentation transversale, la tumeur redevient pelvienne. Des versions par manœuvres externes répétées, suivies chaque fois de l'application de la ceinture de Pinard, finissent par avoir raison de la présentation qui, trois semaines avant le terme de la gestation, se fixe définitivement en sommet.

A ce moment la tumeur s'est laissée luxer et blottir dans la fosse iliaque droite, c'est-à-dire exactement à l'opposé de sa situation primitive. La tête s'amorce bien en O. I. G. A. Le travail se déclanche à terme, à minuit, dans la nuit du 8 au 9 mai.

Contractions faibles et espacées. Le col effacé présente passagèrement les particularités décrites sous le nom d'agglutination. Le

10 mai, à 7 heures du matin, la dilatation est complète. On constate qu'à ce moment la tumeur qui, au début du travail était plaquée dans la fosse iliaque droite, s'en est décollée et a remonté jusqu'à la région ombilicale. L'expulsion du fœtus est lente, on doit la terminer vers 11 heures par une application de forceps. Délivrance normale une demi-heure après. On constate à ce moment que la tumeur a repris sa situation primitive, c'est-à-dire à gauche de l'utérus au-dessus de la ligne innominée. L'enfant pèse 3 kilos. Suites de couches normales.

Trois mois après, la malade est opérée par le Docteur Vautrin qui trouve un fibrome interstitiel des dimensions ci-dessus indiquées, inséré en avant et en bas sur la ligne médiane. Myomectomie. Suites opératoires normales. Pas de nouvelle gestation dans la suite.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*. Réunion de Nancy, n° 6, 1920.)

OBSERVATION IX

(Docteur FRUHINSHOLZ)

Fibrome prævia chez une multipare à terme. Tentative de forceps. Basiotripsie.

Mme X..., 41 ans, V-pare, mariée à 34 ans. Réglée à 12 ans, régulièrement toutes les trois semaines; règles abondantes. Depuis son mariage, 4 accouchements à terme : le premier par application de forceps; les deux suivants spontanés et normaux; le quatrième terminé par une délivrance artificielle pour inertie utérine. Depuis le dernier accouchement, les règles étaient espacées avec retards de plusieurs mois. Dernières règles terminées le 15 mai 1911. La grossesse a été normale.

Début du travail : le 7 mars, à 10 heures du soir. Le médecin appelé le 8 mars, à 2 heures du matin, constate que la poche des eaux est rompue, la tête étant encore très élevée. A 11 heures du matin, le 9 mars, il tente une application de forceps sur une tête qui est restée au détroit supérieur en O. I. D. T.; il constate en tirant qu'il amène le segment inférieur au devant de la tête. J'arrive

à 3 h. 30 de l'après-midi. La tête est mobile au D. S., en O. I. D. T., non fléchie.

Au toucher l'orifice du col est très haut, il est ouvert transversalement en bouche de tirelire. Tout le col et tout le segment inférieur sont envahis dans leur moitié postérieure par un fibrome gros comme le poing qui s'inscrit exactement dans la concavité sacrée. La tumeur n'est pas refoulable; la tête fœtale repose directement sur elle. L'enfant est mourant, le liquide amniotique est vert, les bruits du cœur à peine perceptibles; perforation, basiotripsie. Délivrance normale. Légère inertie secondaire. Suites normales.

Huit mois après l'accouchement la malade garde un utérus gros comme une tête d'enfant; le fibrome est pelvien et se prolonge sur la lèvre postérieure du col et donne lieu à des troubles urinaires par compression.

(*Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologique. Réunion de Nancy, n° 6, 1920.*)

OBSERVATION X

(MM. AUDEBERT et FOURNIER)

Fibromes du segment inférieur. Ascension des fibromes pendant la grossesse. Accouchement prématuré.

Mme X..., terpipare, 35 ans. Les deux précédents accouchements sans incidents. Cette malade nous est adressée fin novembre 1911, par son médecin avec le diagnostic de fibrome en voie de torsion.

A l'examen direct : tumeur abdominale médiane mobile et régulière s'élevant à 15 cm au-dessus de la symphyse publienne. La portion supérieure était molle, rénitente et donnait une sensation analogue à celle que fournit un utérus gravide au troisième mois. En outre, cette portion était le siège de contractions alternant avec des périodes de relâchement. La portion inférieure, au contraire, était dure, irrégulière et lobulée, se continuant avec la portion supérieure sans sillon de séparation. Par le toucher on constatait que le col se continuait directement avec la portion inférieure de la tumeur abdominale et qu'il s'agissait bien d'un noyau fibromateux occupant tout le segment inférieur.

Diagnostic : Fibromes et grossesse. Les dernières règles remontaient à fin juillet. Nous nous trouvions donc au quatrième mois de la grossesse. En janvier, donc au sixième mois, nous revîmes la malade. Les fibromes s'étaient évanouis ou plutôt avaient effectué un mouvement d'ascension tel que c'est à peine si nous pouvions parvenir à sentir quelques noyaux à bout de doigt dans le cul-de-sac gauche. Par contre, on percevait au niveau du bord droit de l'utérus et l'occupant sur toute sa hauteur, le fibrome ayant le volume du poing.

Accouchement : La voie était libre désormais et l'accouchement par les voies naturelles possible. Il eut lieu en effet sans incidents, en quelques heures. Suites de couches normales.

Deux mois après l'utérus avait repris son volume normal; on ne trouvait plus de traces des fibromes constatées pendant la grossesse.

(*Congrès national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Lille, 1913.*)

OBSERVATION XI

(MM. AUDEBERT et FOURNIER)

Ascension spontanée du fibrome au début du travail.

Accouchement normal.

Maria X..., 34 ans, VII-pare. Entre à la clinique le 7 novembre 1907. Quatre des grossesses antérieures ont été normales; la première et la seconde terminées avant terme. Dernières règles du 20 au 24 février. H. U. : 33 cm.; D. T. : 37 cm. Présentation transversale en dorso-lombaire.

Par le toucher et le palper combinés on trouve dans le cul-de-sac latéral gauche une tumeur du volume d'une grosse orange, siégeant au niveau du segment inférieur. Toute la moitié gauche du bassin est remplie par cette masse et on a l'impression que l'accouchement par les voies naturelles sera très difficile. Le col est dévié en avant et à droite.

Le 25 novembre, la malade ressent des contractions douloureuses. A l'examen on constate que le fibrome a subi un mouvement

d'ascension et tandis qu'il est moins accessible par le toucher, on le perçoit au contraire plus nettement dans la fosse iliaque gauche. Actuellement il s'élève de 10 cm au-dessus de l'arc antérieur du pubis. Au toucher on constate que le pôle inférieur de la tumeur est beaucoup plus élevé et qu'il correspond presque au plan du détroit supérieur. La tumeur est presque totalement remontée au-dessus de l'excavation, le col est revenu au centre de la cavité pelvienne.

A 5 heures du matin, le 19 décembre : début du travail. Présentation du sommet; enfant vivant; poche des eaux intacte; tête mobile, non engagée. Rupture spontanée de la poche des eaux à 6 heures du soir. On pratique un toucher : le col est encore complètement effacé, mais la tête commence à plonger dans l'excavation, cependant que le fibrome semble ascensionner. A 11 heures du soir les contractions sont devenues plus énergiques; le col est complètement effacé, la tête est engagée. Quant au fibrome, on ne le trouve plus par le toucher; il a subi un mouvement ascensionnel tel que son pôle inférieur est à 17 cm au-dessus de l'arc antérieur du bassin. Accouchement spontané à minuit 30. Enfant vivant pesant 2 kil. 800. Délivrance spontanée. Suites normales.

(*Congrès national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie* Lille, 1913.)

OBSERVATION XII

(MM. AUDEBERT et FOURNIER)

Ascension de la tumeur pendant le travail. Accouchement spontané.

Mme L..., secondipare, 30 ans. Entre à la clinique le 22 décembre 1911, envoyée par son médecin avec le diagnostic de fibrome et de grossesse. Dernières règles du 15 au 20 septembre.

Examen : A l'inspection, tumeur sous-ombilicale dont la masse principale est rejetée à gauche de la ligne médiane. Indolore, mobile, irrégulière, de consistance ferme. Son grand axe oblique de bas en haut et de droite à gauche, mesure 17 cm. L'auscultation est négative; on perçoit seulement un souffle intense isochrone au souffle maternel. Au toucher, on trouve le col refoulé en avant vers

la symphyse pubienne. Le cul-de-sac postérieur est occupé en totalité par une tumeur dure, lobulée, ayant la consistance d'un fibrome et remontant en haut et à gauche vers la tumeur abdominale.

27 janvier : La tumeur abdominale s'est nettement développée, la consistance est tantôt celle d'un utérus gravide, tantôt elle est ligneuse. Col ramolli, refoulé vers la symphyse pubienne. Le doigt pénètre librement dans le cul-de-sac antérieur. Dans le cul-de-sac postérieur on trouve toujours la même tumeur enclavée, adhérente.

Diagnostic : Grossesse coexistant soit avec un kyste dermoïde, soit plus probablement avec un fibrome du segment inférieur.

15 mai 1912 : H. U. : 29 cm. Petit fœtus mobile en G. T. Auscultation positive. La palpation permet de constater la présence de deux tumeurs abdominales : l'une dont les caractères sont ceux d'un utérus gravide, l'autre ovoïde, accolée à la face antérieure de la précédente.

Le toucher permet en outre de constater : que l'excavation est occupée par une grosse masse fibromateuse bombant dans le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sacs latéraux, refoulant en avant le col. Cette masse semble s'insérer au niveau de la portion sus-vaginale du col. On la mobilise avec difficulté et on a l'impression que l'accouchement par les voies naturelles sera extrêmement pénible.

Le 3 juin : La tumeur pelvienne a subi un changement de consistance; elle paraît aussi un peu plus mobile. Le fœtus est en présentation du siège.

23 juin : début du travail à 9 heures du soir. H. U. : 33 cm. Siège complet en S. I. G. T. Le col est en voie d'effacement, le fibrome postérieur remplit toujours l'excavation; néanmoins il semble qu'il soit moins appliqué contre les parois du bassin. M. Audibert conseille d'attendre tant que la poche des eaux n'est pas rompue.

24 juin, à 9 heures du matin : la tumeur pelvienne a subi un mouvement de latéralisation; on constate, en outre, qu'elle a tendance à se laisser mobiliser dans le sens vertical. Poche des eaux intacte; enfant vivant. Tout est prêt pour intervenir au premier signal.

A 11 heures du matin, c'est-à-dire 2 heures plus tard, la dilatation est de 6 à 7 cm. On n'atteint plus le fibrome postérieur qu'à bout de doigt et on constate qu'à chaque contraction il remonte de plus en plus; que même dans l'intervalle des contractions il subit un mouvement ascensionnel.

A 12 heures, la poche des eaux apparaît à la vulve. On pratique la rupture artificielle des membranes. Le liquide amniotique est épais et vert. L'accouchement se fait spontanément. Enfant vivant pesant 2 kil. 550. Suites normales.

(*Congrès national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie* Lille, 1913.)

OBSERVATION XIII

(MM. BÉGOUIN et PÉRY)

Mme L... de K..., 32 ans, tertipare. Première grossesse en 1914, au cours de laquelle le docteur Péry constate à la partie antéro-latérale droite un fibrome du volume d'une noix. Accouchement facile, suites normales.

Deuxième grossesse en 1917, survenant après 3 ans pendant lesquels les règles sont restées normales. Evolution normale. A partir du 7^e mois, le fibrome a nettement augmenté, et au terme présente le volume d'une orange. Quelques jours avant l'accouchement il est encore dans le bassin, derrière la branche horizontale du pubis droit, la tête étant mobile au-dessus du droit supérieur. Deux heures après le début du travail le fibrome est remonté au-dessus de la branche du pubis, la tête est engagée; l'accouchement spontané a lieu en trois heures bien que le fœtus soit volumineux et se dégage en occipito-sacrée. Suites normales. 20 jours plus tard, au moment du lever, le fibrome était devenu plus dur et son volume réduit à celui d'une mandarine.

Troisième grossesse en 1920. Depuis la seconde grossesse, Mme L... de K... n'avait présenté aucun trouble fonctionnel du fait de son fibrome; mais dès le cinquième mois, le docteur Péry constate une augmentation du fibrome qui, au septième mois, a acquis le volume d'une petite tête fœtale qui plonge dans le bassin; un tiers

de sa sphère à peine se dégage au-dessus du détroit supérieur. En prévision d'une intervention chirurgicale, consultation avec le Professeur Béguin, le 20 décembre 1920 (fin du 8^e mois). Ce fibrome de la paroi antérieure occupe les trois-quarts antérieurs du bassin, le col est repoussé à gauche et en arrière; le fœtus est placé obliquement, la tête dans le flanc gauche et le siège dans l'hypocondre droit. La malade entre à la maison de santé le 1^{er} janvier 1921.

A deux reprises le docteur Péry tente de faire remonter le fibrome en plaçant la malade en position de Trendelenburg. Le fibrome remonte avec l'utérus et reprend sa place dès qu'on cesse le Trendelenburg. Dans la nuit du 18 au 19 janvier, quelques contractions et rupture de la poche des eaux vers 3 heures du matin. Le liquide est verdâtre; les bruits du cœur restent bons. Le 19, les bruits du cœur ne varient pas. La malade n'a pas vomi mais elle est épuisée. Aucun commencement de travail. On décide l'intervention césarienne suivie d'hystérectomie.

Le 20 janvier, à 16 heures (36 heures après la rupture de la poche des eaux), césarienne par le Docteur Péry; l'enfant couvert de méconium, reste longtemps sans respirer; il ne pousse son cri qu'à la suite d'insufflation au moyen du tube de Ribemont. Hystérectomie sub-totale par le Professeur Béguin. Suites normales pour la mère et l'enfant.

Description de la pièce : L'utérus ne présente que le seul fibrome constaté cliniquement. Il est interstitiel et siège dans la paroi antérieure du segment inférieur. Volume d'une petite tête fœtale, consistance ferme. La moitié antérieure du canal cervico-segmentaire n'existe plus et est remplacée par le fibrome; c'est ce qui explique d'ailleurs que la dilatation n'ait pu se faire, le volume du fibrome empêchant la tête de descendre pour venir exciter le col et presser sur lui; la rigidité de la moitié antérieure du canal cervico-segmentaire venant encore ajouter un obstacle nouveau.

(*Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 15 mai 1921.) ~

OBSERVATION XIV

(Tirée des leçons de *clinique obstétricale*, MAYGRIER)

En 1883 je fus appelé en ville par une sage-femme auprès d'une

de ses clientes qu'elle supposait enceinte d'un enfant à deux têtes. Cette femme était en travail depuis près de deux jours. Je constatai que l'excavation était en grande partie remplie par un gros fibrome arrondi, au-dessus et en avant duquel on atteignait difficilement le col. L'accouchement paraissait impossible. J'envoyai la parturiente à la clinique d'accouchement.

M. Doléris qui l'examina d'abord, conclut également à l'impossibilité de l'issue du fœtus par les voies naturelles. Le chirurgien, M. Charpentier, jugea prudent d'attendre, comptant sur un déplacement de la tumeur. Après trois jour de travail, l'enfant avait succombé; le col très incomplètement dilaté, mais souple, était devenu un peu plus accessible. On put faire alors la perforation du crâne et abandonner l'expulsion à la nature. Peu à peu, sous l'influence des contractions utérines, la tête se vida de sa substance cérébrale, se lamina pour ainsi dire et s'enfonça comme un coin entre la tumeur et la paroi pelvienne. Sous l'action de cette poussée la tumeur remonta partiellement, mais suffisamment pour que le fœtus put être expulsé spontanément.

(MAYGRIER, *Leçons de clinique obstétricale*, 1893.)

OBSERVATION XV (Même origine)

Il y a six ans, je fus appelé auprès d'une primipare en travail depuis deux jours. Les douleurs étaient très violentes. Le confrère qui m'avait demandé conseil croyait à une grossesse; il lui semblait avoir senti deux têtes par le toucher. Je constatai qu'il s'agissait d'un fibrome du segment inférieur situé en arrière et oblitérant en partie l'excavation. Le col élevé, mais accessible, était largement dilaté; l'enfant se présentait par le sommet, il y avait un commencement d'engagement. Je pus faire une application de forceps et pendant mes tractions je sentis la tumeur s'élever et remonter dans l'abdomen. L'enfant naquit vivant, C'était un garçon vigoureux. Suites de couches incidentées par des complications (fistule vésicovaginale et phlébite des membres inférieurs). Mais au bout de quelques mois la malade était guérie. Enfant bien portant.

Cette femme redevint enceinte en 1887. Très inquiète, elle me fit

appeler dès le troisième mois de sa grossesse. Je constatai que le fibrome avait augmenté de volume et qu'à côté de lui s'en développait un autre, de sorte que le segment inférieur était occupé par deux tumeurs situées l'une à droite, l'autre à gauche du col, que le doigt atteignait difficilement au fond du cul-de-sac antérieur. L'utérus gravide était facile à sentir au-dessous de ces deux tumeurs. A six mois, les tumeurs étaient énormes et obturaient le petit bassin.

Dans ces conditions je priai le Professeur Tarnier de bien vouloir m'aider de ses conseils. L'opinion de mon Maître fut que l'accouchement ne pourrait probablement se faire par les voies naturelles. La fin de la grossesse approchant, je fis tout préparer pour l'intervention chirurgicale. Le travail se déclara à terme, dans la nuit du 17 au 18 octobre 1887. Les tumeurs formant un 8 de chiffre, remplissaient absolument toute l'excavation; le col était inaccessible; la tête du fœtus était au-dessus des tumeurs et mobile au détroit supérieur. Cependant les contractions se succédaient énergiques et vers 9 heures du matin la sage-femme me fit savoir qu'elle croyait avoir pu atteindre le col qui semblait s'abaisser. Je pratiquai le toucher et je constatai, en effet, que le col était accessible au doigt, dilaté à 2 fr. environ; les tumeurs semblaient remplir moins complètement l'excavation. A partir de ce moment, les fibromes commencèrent à subir un mouvement d'ascension en haut et en arrière; la tête s'engagea au-devant d'elles. L'enfant vivait et il ne paraissait pas souffrir. La dilatation se compléta rapidement; je fis une application de forceps qui me permit d'extraire une fille bien développée. Après l'accouchement les tumeurs avaient repris leur place dans l'excavation, et le col s'était de nouveau élevé au fond du cul-de-sac antérieur. Suites de couches normales pour la mère et l'enfant.

(MAYGRIER, *Leçons de clinique obstétricale*, 1887.)

DISCUSSION

Signes de l'impossibilité probable de l'accouchement.

De l'étude de ces observations il ressort que l'intervention pendant la gestation doit être tout à fait exceptionnelle. Cette règle de conduite a d'ailleurs été adoptée à peu près unanimement lors du Congrès national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Lille, en 1913. L'observation n° II, de M. A. Grosse, qui semble d'un avis différent, n'est qu'une exception confirmant la règle. Encore ne sommes-nous pas bien sûrs qu'une temporisation vigilante, une expectation armée n'aient pu prolonger cette grossesse jusqu'à la viabilité de l'enfant. Il est juste d'ajouter que les conditions spéciales (éloignement de la malade de tout centre chirurgical, absence de soins éclairés) dans lesquels se trouvait cette femme, autorisaient à adopter la solution la plus sûre et la plus prudente pour la mère. Mais toutes les autres observations que nous citons prouvent que la grossesse peut généralement être conduite jusqu'au voisinage du terme ou du moins jusqu'à la période de viabilité de l'enfant. Car s'il demeure entendu que la santé maternelle est la première des préoccupations qui s'imposent au praticien, il ne faut pas perdre de vue que l'accoucheur, comme le gynécologue, poursuivent encore un autre but : obtenir un enfant vivant. La conduite expec-

tante (Audebert) répond parfaitement à ce double but. Par là d'ailleurs nous n'entendons pas dire que l'on doive attendre toujours de la même façon. Le sens clinique, l'expérience du médecin, auront toujours une grande valeur.

Les observations que nous relatons, dans lesquelles l'attente a permis l'accouchement, sont loin d'être identiques. Dans les unes (Obs. VI de MM. Rivière et Balard; obs. IX, de M. Fruhinzholtz), il semble qu'une trop longue attente ait été nuisible à l'enfant; dans d'autres, au contraire, (Obs. XV, de Maygrier), une attente de 12 heures n'a porté aucun préjudice à l'enfant, mais à la mère. Il ne faudrait pas cependant prendre pour règle la conduite tenue dans ces cas extrêmes.

Avant de se décider pour l'attente ou pour l'intervention d'emblée, il serait bon que l'on puisse affirmer qu'un fibrome s'opposera ou ne s'opposera pas à la sortie du fœtus; remontera ou ne remontera pas au-dessus de la filière pelvienne au cours du travail.

Peut-on affirmer pendant la grossesse et même au début du travail qu'un fibrome s'opposera sûrement à l'accouchement naturel ? Telle est évidemment la grave question que nous devons nous poser.

Malheureusement les signes qui permettraient d'affirmer ce diagnostic sont bien incertains et bien peu constants. Tels volumineux fibromes qui semblaient devoir barrer la route au fœtus se sont effacés, ont remonté contre toute espérance (cas de Maygrier, obs. XV; cas de Audebert, obs. XII). Tel autre n'a pas subi le moindre mouvement ascensionnel au cours du travail (Obs. I, de Thiers) et cependant le volume moindre de la tumeur constituait une dystocie moins sévère. Dans son rapport au Congrès de Nantes, Boursier classait les dystocies en trois degrés et s'efforçait d'établir les indications chirurgicales dans les accouchements compliqués de fibromes prævia.

1° *Rétrécissements légers* : où il est probable qu'une simple application de forceps dans l'excavation permettra de lever tout obstacle.

2° *Rétrécissements moyens* : dans lesquels il faut faire rentrer

les tumeurs de mobilité relative, de volume peu considérable, comparables aux bassins légèrement rétrécis.

3° *Rétrécissements accentués* : comprenant les cas d'obstruction pelvienne véritable où l'on doit admettre comme impossible l'accouchement spontané.

Cette classification paraît bien artificielle et la différence entre ces trois catégories bien peu caractéristiques. Pour certains auteurs l'insertion très basse du fibrome sur le col ou le segment inférieur autoriserait à opérer d'emblée sans attendre l'épreuve du travail. C'est l'opinion d'un de nos jeunes Maîtres de la Faculté de Bordeaux, le Professeur agrégé Faugère; et dans une discussion de la Réunion d'obstétrique et de gynécologie (8 mars 1921), il ajoutait qu'à son avis l'épreuve du travail n'était pas sans dangers pour la mère elle-même alors que l'utérus, par suite de la présence de la tumeur se développant d'une façon prédominante aux dépens d'une de ses parois, risque de se rupturer.

M. Audebert croit que le point d'implantation du fibrome n'a aucune influence sur son déplacement et son ascension. Il est à peu près seul de cet avis. Maygrier, dans une de ses *Leçons de clinique obstétricale*, en 1893, s'exprime ainsi à ce sujet : « Les circonstances qui permettent de prévoir que l'ascension d'un fibrome ne se fera pas pendant le travail, sont très délicates à apprécier. Cependant elles se rencontrent ordinairement dans les conditions suivantes : tumeur très volumineuse, interstitielle ou sous-muqueuse, largement essile, tumeurs multiples et surtout tumeurs fixées dans l'excavation par des adhérences péritoniques. »

A remarquer que pour MM. Voron et Vergnory, dans leur observation IV, ces adhérences péritoniques constituèrent l'une des causes les plus importantes de l'impossibilité de l'accouchement. M. Lacouture attache une certaine importance aux deux symptômes suivants : *mobilité du fibrome par rapport à l'utérus*; si le fibrome est mobile avec l'utérus, on peut espérer le voir remonter pendant le travail : *Situation occupée par le col*; lorsque le col est élevé, placé au-dessus de la symphyse pubienne, inaccessible au doigt, il semble qu'on ne doive pas compter sur l'as-

cension du fibrome au cours du travail. Le Professeur Rivière partage aussi cette opinion, de même Maygrier.

Enfin le volumé de la tumeur nous paraît un des signes les plus constants qui doivent déterminer l'expectation ou l'intervention. L'observation XIII, de notre Maître, le Professeur Bégouin et du Professeur agrégé Péry, nous semble particulièrement probante.

Nous voyons dans ce cas que le fibrome, tant qu'il a conservé le volume d'une orange, a permis deux accouchements normaux, séparés par un intervalle de 3 ans. Mais le fibrome ayant atteint le volume d'une tête fœtale s'est opposé à la sortie du fœtus, n'effectuant pas, malgré l'attente prolongée, la moindre ascension et interdisant par son volume même, à la tête de venir exciter le col. Enfin la présentation du fœtus nous paraît devoir jouer un rôle loin d'être négligeable. La présentation optima est celle du siège (Tarnier, Pinard, Maygrier, Audebert, etc.), puis celle de la tête. Au contraire, la présentation de l'épaule et la présentation transversale aggravent beaucoup la dystocie et autorisent, si les manœuvres externes de version échouent, à intervenir avant le travail.

En résumé, les signes qui permettent d'espérer (nous ne disons pas de prévoir) l'ascension du fibrome sont :

- 1° Le volume ne dépassant pas celui d'une orange.
- 2° L'implantation haute du fibrome sur le segment inférieur.
- 3° La situation basse du col, accessible au doigt.
- 4° Enfin le fibrome pédiculé : il peut se prêter à un chassé-croisé et réaliser les conditions les plus favorables.

Au contraire, sont très défavorables : les volumineux fibromes atteignant les dimensions d'une tête fœtale, implantés largement sur le col, qu'ils s'accompagnent ou non d'une présentation de l'épaule ou d'une présentation transversale.

Enfin il est permis de penser que l'utérus d'une multipare ayant subi déjà plusieurs distensions du fait des grossesses antérieures, sera dans des conditions moins favorable pour vaincre l'obstacle apporté par le fibrome que l'utérus vigoureux d'une primipare.

Valeur de l'épreuve du travail Sa durée

Dans l'une des observations d'Audebert que nous citons, la tumeur fibreuse s'était évanouie au 6^e mois. C'est là une exception heureuse; mais généralement l'ascension du fibrome, si elle doit se produire, commence dans les premières hures du travail (2 cas Audebert, 1 cas de Bégouin et Péry, 1 cas de Maygrier). On doit donc, à moins d'indications formelles où l'intervention s'impose d'emblée (quand par exemple la vie de la mère ou même celle de l'enfant est compromise par hémorragie, procidence du cordon, inertie totale de l'utérus), tenter l'épreuve du travail.

Parmi les observations qui précèdent nous avons vu un cas où précisément cette intervention s'imposait et eut évité la mort de l'enfant (Obs. III de M. Laurentie). En effet il y avait une double dysocie, du fait du fibrome et de la présentation transversale; enfin entre le moment où s'est faite la procidence du cordon et la césarienne, il s'est écoulé une heure.

Cette épreuve du travail sera toujours tentée chez une primipare ou chez une femme n'ayant pas d'enfants vivants. Notre opinion sur ce point est celle de nos Maîtres, MM. les Professeurs Rivière et Bégouin, et nous ne pouvons mieux faire que de citer les paroles de ce dernier : « Chez une primipare ou chez

une femme n'ayant pas d'enfants vivants, il me semble qu'on doive songer à l'avenir obstétrical et le ménager. Un unique enfant peut mourir et nous savons quelle est parfois la désolation de certaines femmes qui ne peuvent plus être mères. Aussi chez cette catégorie de malades l'intervention d'emblée est, à mon avis, à rejeter et l'épreuve du travail à tenter à moins d'un cas spécial. »

Le complément habituel de l'hystérectomie pour fibrome prævia est en effet l'hystérectomie. Il y a donc lieu d'établir une distinction entre primipares et multipares.

D'une façon générale on pratiquera donc l'épreuve du travail. Nous autorisant de l'issue favorable des accouchements cités dans les observations ci-jointes et sans méconnaître les dangers qui peuvent résulter pour la parturiente et le fœtus d'une expectation trop prolongée, nous croyons que l'intervention dès le début du travail est prématurée.

Mais il ne faut pas attendre trop longtemps. « Les anciens classiques, à l'époque où les interventions étaient graves, insistaient sur les résultats surprenants que l'on obtenait par l'expectation; l'accouchement spontané ou aidé d'un forceps finissait toujours par se faire, disaient-ils. Mais quand on va au fond de ces heureux résultats, on voit, par exemple dans les cliniques de Maygrier, qui en rapporte dix cas, que quatre enfants sont morts, un a une lésion crânienne due au forceps; une mère a une fistule vésico-vaginale... Et c'étaient là des cas heureux ! » (Bégouin, Réunion de la Société d'obstétrique et de gynécologie, 8 mars 1921.)

Lepage et Doléris pensent que nous devons être plus interventionnistes que nos devanciers. C'est aussi l'opinion de Pinard, Audebert, Bégouin. Quand le fibrome doit remonter, le déplacement s'annonce dès que la contractilité du muscle utérin est franchement en jeu. Si cette contractilité fait défaut (cas de MM. Boguin et Péry), il faut nécessairement intervenir sans tarder. La tumeur apparaît alors moins immobile, moins profondément enfoncée dans l'excavation, moins soudée au segment inférieur. On sent qu'elle va subir un mouvement d'ascension. Mais si après

trois heures d'attente, malgré des contractions énergiques, on n'observe aucune tendance au déplacement, aucune tendance à la mobilisation, il faut alors recourir à la césarienne.

Cependant avec le Professeur Pinard, nous estimons que dans le cas d'une présentation du siège, présentation optima, le délai d'attente doit être un peu plus long, quatre à cinq heures, à condition naturellement qu'il n'y ait, du côté de la mère ou de l'enfant, aucune indication opératoire. (Tarnier, Pinard, Audebert.)

Toutefois, et malgré l'opinion de Maîtres aussi éminents que Tarnier et Pinard, il y a lieu de remarquer que l'enfant, dans le dégagement par le siège, court des dangers beaucoup plus sérieux que dans la présentation du sommet. La filière pelvienne, si elle est extrêmement rétrécie risque fort de retenir la tête et de rendre la manœuvre de Mauriceau pénible et même impossible. Et nous avons vu récemment le Professeur agrégé Andérodias intervenir par voie haute pour une présentation de la sorte; préférant l'hystérectomie aux risques d'un accouchement périlleux pour l'enfant.

Cette expectation sera limitée; elle cessera au premier signal, de souffrance de l'enfant ou d'épuisement de la mère. Une surveillance de tous les instants, dès le début dut ravail, est donc indispensable. La table d'opération, les aides seront prêts et si la santé de la mère paraît en jeu, si l'auscultation révèle la souffrance du fœtus, quelques minutes suffiront pour procéder à l'hystérectomie.

Certes, il est bien plus agréable pour l'accoucheur, pour le chirurgien et pour les aides, de procéder à une intervention pratiquée à froid, à heure fixe, en dehors de tout travail, mais cet avantage est largement compensé par une expectation de quelques jours qui permettra souvent d'éviter bien des césariennes.



1° Il faut par tous les moyens possibles tâcher de mener une grossesse compliquée de fibrome prævia jusqu'au voisinage du terme.

2° Surtout chez les primipares, à moins d'indications opératoires formelles, on devra tenter l'épreuve du travail.

3° Cette épreuve n'excèdera pas en général trois heures dans les présentations du sommet, cinq heures dans les présentations du siège.

4° L'expectation sera donc limitée et armée. Tout sera prêt pour une intervention qui peut devenir nécessaire d'une minute à l'autre. Le praticien sera toujours dominé par le désir d'obtenir un enfant vivant, et surtout, par le souci de la santé de la parturiente. Le professeur Segond, envisageant la conduite à tenir dans les grossesses ectopiques, prononçait ces paroles qui nous semblent dignes d'acquiescer dans les grossesses compliquées de fibrome prævia, la valeur d'un impératif catégorique. « Il faut attendre, mais à la condition formelle que le sauvetage de l'enfant n'entraîne jamais l'ombre d'un péril pour la mère. »

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président :

D^r BEGOUIN.

VU :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 décembre 1921.

Le Recteur de l'Académie de Bordeaux,

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

AUDEBERT et FOURNIER. — Fibromes du segment inférieur. Ascension des fibromes pendant la grossesse. Accouchement spontané. (Accouchement spontané dans quelques cas de fibromes prævia. Congrès national de gynéc., d'obst. et de pédiat., Lille, 1913.)

— Ascension spontanée du fibrome au début du travail. Accouchement normal. (Congrès national de gynéc., d'obst. et de pédiat., Lille, 1913.)

— Ascension de la tumeur pendant le travail. Accouchement spontané. (Congrès national de gynéc., d'obst. et de pédiat., Lille, 1913.)

FRUHINSHOLZ. — Fibrome du segment inférieur, primitivement pelvien et prævia, ayant subi son mouvement ascensionnel au 9^e mois. (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, réunion de Nancy, n° 6, 1920.)

— Fibrome prævia chez une multipare à terme. Tentative de forceps. Basiotripsie. (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gynéc.*, réunion de Nancy, n° 6, 1920.)

BÉGOUIN. — Précis de pathologie chirurgicale (Bégouin, Jeanbrau, Proust, Tixier.)

BÉGOUIN et PÉRY. — Césarienne suivie d'hystérectomie pour fibrome prævia. (Soc. médic. et chirurgicale de Bordeaux, 4 mars 1921.)

- FAUGÈRE et LACOUTURE. — Césarienne pour fibrome prævia, suivie d'hystérectomie. (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gynéc.* Réunion de Bordeaux, n° 3, 1914.)
- GROSSE. — Grossesse compliquée de fibrome. Hystérectomie. (*Revue mensuelle de gynéc., d'obst. et de pédr.*, mai 1914.)
- LAURENTIE. — Dystosie pour fibrome prævia. (*Bulletin de la Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris.* Réunion de Toulouse, n° 6, 1920.)
- MAYGRIER. — *Leçons de clinique obstétricale*, 1893.
- PINARD. — Congrès national de Lille, 1913. (Discussion de la communication de M. Audebert.)
- POZZI. — *Traité de gynécologie*.
- RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — *Traité d'obstétrique*.
- RIVIÈRE et BALARD. — Dystocie pour fibrome du segment inférieur, céphalotripsie. (*Bulletin de la Soc. d'obst et de gynéc.*, réunion de Bordeaux.)
- VORON et RHENTER. — Accouchement spontané dans un cas de fibrome prævia. (*Revue française de gynéc. et d'obst.*, mars 1921.)
- VORON, VERGNORY et DURAND. — Césarienne et hystérectomie pour fibrome prævia. (*Bulletin de la Soc. d'obst et de gynéc.*, réunion de Lyon, n° 5, 1920.)
-

